

## L 2 U 446/05

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Regensburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 10 U 5052/02  
Datum  
14.11.2005  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 2 U 446/05  
Datum  
21.06.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 14.11.2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles vom 10.01.2001.

In der Unfallanzeige vom 31.05.2001 gab der Kläger an, auf dem Weg in den Stall, mit zwei Eimern in der Hand, sei er auf dem abschüssigen Betonboden ausgerutscht und mit dem Rücken und Hinterkopf auf den Boden gefallen. Den Wassereimer habe er mit dem rechten Arm zerschmettert. Er habe kurz das Bewusstsein verloren.

Der Orthopäde Dr. S. erklärte am 23.03.2001, der Kläger berichte, er sei am 10.01.2001 ausgerutscht und auf Schulter bzw. Rücken gefallen. Er habe später weitergearbeitet. Aufgrund der Beschwerden habe er dann am 01.02.2001 Dr. S. aufgesucht. Die Diagnose lautete: Zustand nach Schulterkontusion rechts bei Supraspinatussehnenläsion. Die Röntgenaufnahmen zeigten keinen Hinweis auf eine Fraktur, eine geringgradige AC-Gelenksarthrose und einen Humeruskopfhochstand. Aufgrund zunehmender Bewegungseinschränkung und Schmerzen sei die kernspintomographische Untersuchung vom 07.02.2001 erfolgt, mit Nachweis narbiger Veränderungen im Bereich der Supraspinatussehne ohne sicheren Anhalt für ein Impingement-Syndrom. Bei der Operation am 22.02.2001 fanden sich ein Supraspinatusseineinriss mit zum Teil degenerativen Auffaserungen ohne frische Bluteinlagerung.

Der Chirurg Dr. S. führte im Gutachten vom 19.07.2001 aus, der Kläger gebe an, auf dem leicht abschüssigen Betonpflaster des Hofes habe es ihm die Beine weggezogen, und er sei nach hinten auf den Rücken geprallt. Er sei 10 bis 15 Minuten bewusstlos gewesen. Er glaube nicht, dass er sich habe abstützen können. Seit dem Unfall habe er Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung im Schultergelenk bemerkt. Eine solche direkte Gewalteinwirkung gegen die Schulter, wie sie der Kläger beschreibe, sei ein ungeeignetes Unfallereignis, das nicht ursächlich für eine traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur sein könne. Mit zunehmendem Lebensalter - der Kläger sei 56 Jahre alt - komme es zu einem Elastizitätsverlust des Sehngewebes und zur Zunahme degenerativer Veränderungen. Eine frische traumatisch bedingte Rotatorenmanschetten-Ruptur führe wegen der massiven Beschwerden in der Regel innerhalb weniger Tage zum Arztbesuch, während der Kläger erst drei Wochen nach dem Unfall Dr. S. aufgesucht habe. Auch dies spreche gegen einen Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Der MRT-Befund der Schulter und der intraoperativ erhobene Befund seien kein überzeugendes Argument für einen Unfallzusammenhang. Nach vier- bzw. sechswöchigem Abstand zum Unfalltag könne man keine frischen Verletzungszeichen erwarten. Als Unfallschaden seien eine Prellung der Schulter, aber auch eine Commotio cerebri gegeben. Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit hätten bis 10.02.2001 bestanden. Ab diesem Zeitpunkt sei die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit Null v.H. zu beurteilen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 08.08.2001 die Gewährung einer Rente ab. Über den 10.02.2001 hinaus bestehe kein Anspruch auf Leistungen, da eine MdE rentenberechtigenden Grades nicht vorliege. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte nach Einholung einer Stellungnahme des Orthopäden Dr. D. mit Widerspruchsbescheid vom 07.11.2001 zurück.

Im hiergegen gerichteten Klageverfahren führte der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. S. im Gutachten vom 13.04.2003 aus, der Kläger berichte, dass er ausgerutscht sei. Es habe ihm gleichzeitig die Füße nach vorn weggezogen. Er sei dann rücklings gefallen. Genaue Angaben, ob er sich noch abgestützt habe, könne er nicht machen, da eine Erinnerungslücke vorhanden sei. Der schwere Wassereimer, der an der rechten Hand geführt worden sei, sei durch

die Wucht des Aufpralles gesprungen. Bei der dynamischen Bewegung mit einem verlängerten Gewicht setzten wesentlich stärkere Kräfte im Bereich der Rotatorenmanschette ein, als bei einem normalen Sturz. Die Wahrscheinlichkeit eines Unfallursachenzusammenhangs sei trotz der vorbestehenden degenerativen Veränderungen gegeben, da ein Riss operativ nachgewiesen sei und vor dem Unfall keine wesentliche Funktionseinschränkung bestanden habe. Die MdE sei mit 30 v. H. zu bewerten.

Der beratende Arzt der Beklagten, der Orthopäde Dr. D. , führte in der Stellungnahme vom 06.05.2003 aus, wesentliches Kriterium für eine frische traumatisch bedingte Rotatorenmanschetten-Ruptur sei der starke, unerträgliche Schmerz, der den Betroffenen zwingt, unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Fall des Klägers sei der erste ärztliche Kontakt erst drei Wochen nach dem Unfall erfolgt. Das Unfallereignis sei mit großer Wahrscheinlichkeit ein reines Anpralltrauma gewesen und damit nicht geeignet, eine traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur zu verursachen.

Der vom Sozialgericht zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. F. hat im Gutachten vom 25.08.2005 ausgeführt, der Kläger gebe an, aufgrund des rutschigen Bodens habe es ihm beide Füße nach hinten weggezogen. Er sei voll auf den Rücken gestürzt und sofort bewusstlos geworden. Zeichen einer Rotatorenmanschetten-Ruptur seien Reißgefühl, Pseudoparalyse und passiv freie Beweglichkeit. Keines dieser Zeichen sei beim Kläger beschrieben. Hingegen seien der schmerzhafte Bogen, die positiven Widerstands- und Impingement-Tests sowie die Bewegungseinschränkung die Leitsymptome der Erkrankung der Rotatorenmanschette auf degenerativer Basis. Diese Zeichen habe Dr. S. beschrieben. Hinzu komme, dass ein Hochstand des Oberarmkopfes bestanden habe und geringe degenerative Veränderungen im Schultergelenk. Der Oberarmkopfhochstand weise auf eine länger zurückliegende Erkrankung der Rotatorenmanschette hin, denn er entwickle sich nach einer Verletzung erst drei Monate später. Die Verschleißschädigung des Schultergelenks gelte als Ursache für die Entwicklung eines Engpass-Syndroms, das zur Rotatorenmanschetten-Schädigung führe. Die im Operations-Protokoll festgehaltene fehlende frische Bluteinlagerung spreche ebenfalls gegen ein traumatisches Ereignis. Aus der Unfallakte von 1988 ergebe sich, dass bereits 1994 eine Periarthropathia humero-scapularis diagnostiziert worden sei. Außerdem werde von einer Erkrankung der rechten Supraspinatussehne berichtet. Auch im Gutachten vom 24.11.1997 sei eine deutliche Funktionsstörung beider Schultergelenke beschrieben. Die Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke, die im Leistungsauszug der Krankenkasse erwähnt seien, deuteten auf konkurrierende Verursachungsmöglichkeiten hin, die die Erkrankung des Schultergelenks erklärten. Der von Dr. S. angenommene Unfallmechanismus mit reflektorischem Anspannen und Hochreißen der Arme und immenser Kraftentwicklung sei rein spekulativ und nicht nachgewiesen. Auch berücksichtige Dr. S. nicht die schon 1997 dokumentierte Funktionseinschränkung der Schulter.

Der nicht geeignete Unfallhergang, das Verhalten des Klägers nach dem Unfall, die gegen einen frischen unfallbedingten Riss der Rotatorenmanschette sprechende Erstsymptomatik, der im ersten Röntgenbefund beschriebene Oberarmkopfhochstand, die intraoperativ gesehenen Auffaserungen, die fehlenden Einblutungen und das diagnostizierte Impingement-Syndrom, die dokumentierte Vorerkrankung und auch der Befall weiterer Gelenke von Verschleißerscheinungen sprächen gegen einen unfallbedingten Riss der Rotatorenmanschette am 10.01.2001. Die Prellverletzung sei innerhalb von vier Wochen folgenlos verheilt und habe keine Unfallfolgen hinterlassen. Eine unfallbedingte MdE habe zu keinem Zeitpunkt bestanden.

Der Kläger übersandte eine Stellungnahme des Orthopäden Dr. S. vom 24.10.2005: der Kläger habe angegeben dass es, als er ausgerutscht und auf den Rücken gefallen sei, zu einem reflektorischen Hochreißen der Arme gekommen sei. Diese Hebelwirkung habe zur Ruptur der vorgeschädigtem Supraspinatussehne geführt. Der Kläger habe erst drei Wochen nach dem Unfall Dr. S. aufgesucht, so dass die Erstsymptome der frischen Rotatorenmanschetten-Ruptur nicht mehr vorgelegen hätten. 1997 sei eine Armhebung von 140° möglich gewesen, bei der Untersuchung durch Dr. F. jedoch nur noch von 45°. Diese erhebliche Bewegungseinschränkung beruhe auf dem Unfallereignis.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 14.11.2005 abgewiesen und sich dabei im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. F. im Gutachten vom 25.08.2005 gestützt. In der Unfallanzeige der AOK Bayern vom 14.03.2001 werde ein Sturz auf den Rücken beschrieben, auch in der Unfallanzeige vom 31.05.2001. Hierbei handle es sich nicht um einen geeigneten Unfallmechanismus. Die von Dr. S. ins Feld geführte fehlende vorbestehende wesentliche Funktionseinschränkung sei nicht nachvollziehbar, da bereits 1997 eine erhebliche Funktionseinschränkung bestanden habe. Die völlig fehlenden Zeichen der frischen Rotatorenmanschetten-Ruptur würden nicht berücksichtigt. Der angenommene Unfallmechanismus sei spekulativ und durch keine Angaben des Klägers belegt.

Mit der Berufung vom 28.12.2005 wendet sich der Kläger gegen den Gerichtsbescheid. Er rügt, das Gericht hätte ein weiteres Gutachten einholen müssen. Denn Dr.F. und Dr. S. seien zu widersprechenden Ergebnissen gekommen. Dr. F. gehe zudem von einem falschen Sachverhalt aus, wenn er ausführe, dass es dem Kläger die Füße nach hinten weggezogen habe. Dies bedeute, dass er annehme, der Kläger sei auf den Bauch gestürzt. Das Sozialgericht versäume, ihn selbst zum Unfallhergang anzuhören. Auch treffe es nicht zu, wie Dr. F. ausführe, dass es einen ausschließlich traumatisch bedingten Supraspinatussehnenriss nicht gebe. Der Unfall sei zumindest die wesentliche Teilsache bei einer nur geringfügigen Degeneration. Nicht berücksichtigt sei, dass im Gutachten vom 27.05.1997 eine fast vollständig frei bewegliche Schulter mit einer Abduktion von 140° beschrieben sei; eine deutliche Funktionsstörung habe damals also noch nicht vorgelegen. Nur bei Patienten, die älter als 60 Jahre seien, könne eine Rotatorenmanschettenruptur ohne Unfallereignis auftreten. Auch wenn er aufgrund der Bewusstlosigkeit den Unfall nicht mehr im einzelnen schildern könne, so sei der von Dr.S. angenommene Ablauf mit einem reflektorischen Anspannen und Hochreißen der Arme mit immenser Kraftentwicklung überzeugend, da es sich um physiologisch nachgewiesene Reflexe handle.

Der Kläger stellt den Antrag,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 14.11.2005 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 08.08.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.11.2001 zu verurteilen, ihm Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug

genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückgewiesen wird ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Zu Recht hat das Sozialgericht im Gerichtsbescheid vom 14.11.2005 die Klage abgewiesen. Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass Dr. F. im Gutachten vom 25.08.2005 eindeutig ausgeführt hat, der Kläger gebe an, er sei auf den Rücken gestürzt. Auch geht Dr. F. ausdrücklich bei der Analyse des Unfallhergangs von einer direkten Krafteinwirkung auf die Schulter durch den Sturz aus. Was das "Hochreißen" der Arme betrifft, so hat der Kläger, wie Dr. S. im Gutachten vom 13.04.2003 angibt, bei der Schilderung des Unfallereignisses erklärt, genaue Angaben, ob er sich noch abgestützt habe, könne er nicht machen, da er bewusstlos geworden sei und eine Erinnerungslücke bestehe. Hinzuweisen ist auch auf das Gutachten des Orthopäden Dr. H. vom 24.11.1997, in dem ausgeführt wird, schon eine Röntgenaufnahme vom 27.07.1988 zeige diskrete Zeichen einer Degeneration im AC-Gelenksbereich der rechten Schulter, im Supraspinatussehnenansatzbereich Sklerosierung. Im Entlassungsbericht nach Heilverfahren vom 20.10.1993 bis 17.11.1993 wird eine Periarthropathia humero-scapularis mit Betonung auf dem Supraspinatus rechts als Diagnose angegeben.

Der ungeeignete Unfallhergang, die gegen einen frischen unfallbedingten Riss sprechende Erstsymptomatik, wie sie von Dr. S. dokumentiert wurde, der im ersten Röntgenbefund beschriebene Oberarmkopfhochstand, die intraoperativ festgestellten Auffaserungen, die fehlenden Einblutungen, das intraoperativ diagnostizierte Impingement-Syndrom, die dokumentierte Vorerkrankung und auch der Befall weiterer Gelenke von Verschleißerscheinungen sprechen, wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat, gegen einen Zusammenhang des Arbeitsunfalles vom 10.01.2001 mit der später festgestellten Rotatorenmanschetten-Ruptur.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-09-04